

Novo Alteração

1 TOMADOR DO SEGURO

Nome:

Número Apólice:

2 SEGURADO

Nome:

Morada:

Morada

N.º Andar Cx. Postal Cidade

Província Município País da Morada

Telefone: Sexo M F

Naturalidade: Data Nascimento Entidade:

Nacionalidade:

BI ou Passaporte

N.º Contribuinte Entidade Patronal:

Profissão:

Altos Cargos Públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

Participante N.º Admitido na Empresa Ordenado Mensal Euros

Capital Seguro Euros Tem presentemente outro seguro em vigor neste segurador? Sim Não

Especifique:

Declaro desejar ser incluído no Seguro de Grupo em referência a partir de designando, os seguintes Beneficiários:

3 BENEFICIÁRIOS (Em caso de Morte)

Em caso de Morte: Herdeiros legais do Segurado Outras Pessoas (*)

Nomes Completos:*

Nome: Data Nascimento

Morada: N.º Contribuinte:

B. Identidade:

De: emitido por:

Percentagem Repartição Capital %

Nome: Data Nascimento

Morada: N.º Contribuinte:

B. Identidade:

De: emitido por:

Percentagem Repartição Capital %

